



# COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

COLEGIADO NO. \_\_\_\_\_

CANCELADO CON RECIBO NO. \_\_\_\_\_

Guatemala, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ del 20 \_\_\_\_\_

Señores Miembros de Junta Directiva:

Atentamente les ruego que de acuerdo al Artículo 5o. de los Estatutos del Colegio, se sirvan someter a consideración de la Junta Directiva la presente solicitud para ser aceptado como **COLEGIADO ACTIVO** de esa Entidad.

Adjunto lo siguiente

- Título profesional en original (con sello de la SAT, Contraloría General de Cuentas y Ministerio de Salud).
- Presentar copia de su título de ambos lados.
- Una fotocopia completa de DPI.
- Enviar a comunicacion@colegiodefarmaceuticosyquimicos.gt resumen de la tesis (máximo de 2 hojas). Identificado con nombre completo del profesional, nombre completo de la tesis y profesión.

*NOTA: Al realizarse la colegiación, el profesional cuenta con cinco días hábiles posteriores al acto para retirar sus constancias y título profesional; vencido dicho plazo la Junta Directiva no se hace responsable de la custodia del título profesional y las constancias respectivas.*

## **CUOTA A CANCELAR EN EFECTIVO:**

(Acta de Junta Directiva No. 14-2009/2011 del 06-06-09)

\*Junta Directiva 2009-2011

### **NUTRICIONISTAS**

Cuota de Inscripción y demás	Q. 515.00
Cuota Anual	Q. 480.00
Defensa Gremial	Q. 200.00
Beneficio Servicio Funerario	Q. 60.00
Sello Profesional	Q. 100.00
Constancia de Colegiado Activo	Q. 15.00
<b>TOTAL</b>	<b>Q.1,370.00</b>

Declaro solemnemente que cumpliré con todas las disposiciones emanadas de Asamblea General, Ley de Colegiación Profesional Obligatoria, Estatutos y Reglamentos del Colegio, Normas de Moral, así como cualquier Acuerdo de la Junta Directiva u Organismos integrantes del Colegio de Farmacéuticos y Químicos de Guatemala.

(f) \_\_\_\_\_

Nombre de los padres \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



# COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

## SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN (COMPLETAR CON LETRA LEGIBLE Y SIN TACHONES)

NOMBRE \_\_\_\_\_

PROFESION \_\_\_\_\_

LUGAR Y FECHA DE NACIMIENTO \_\_\_\_\_

NACIONALIDAD \_\_\_\_\_

DPI \_\_\_\_\_ EXTENDIDO EN \_\_\_\_\_

ESTADO CIVIL \_\_\_\_\_

NOMBRE ESPOSO (A) \_\_\_\_\_

RESIDENCIA \_\_\_\_\_

TELEFONO DE CASA \_\_\_\_\_ CELULAR \_\_\_\_\_

NIT \_\_\_\_\_ TIPO DE SANGRE \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO 01 \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRÓNICO 02 \_\_\_\_\_

SU TÍTULO DE \_\_\_\_\_

EXTENDIDO EN LA UNIVERSIDAD \_\_\_\_\_

CON FECHA \_\_\_\_\_

NOMBRE DE LA TESIS \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

# COFAQUI



# COLEGIO DE FARMACÉUTICOS Y QUÍMICOS DE GUATEMALA -COFAQUI-

EMPRESA PARA LA CUAL LABORA \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN \_\_\_\_\_

TELÉFONO \_\_\_\_\_ CARGO \_\_\_\_\_

CORREO ELECTRONICO \_\_\_\_\_

FECHA DE INGRESO \_\_\_\_\_

## **BENEFICIO FUNERARIO**

NOMBRE BENEFICIARIO (S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

DPI BENEFICIARIO (S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

NO. TEL BENEFICIARIO(S): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(F) \_\_\_\_\_

# COFAQUI